

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 N° 74

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DES SALPINGITES
PAR
L'HYSTÉRECTOMIE FUNDIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Mars 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gustave CLAVEZ

Né à ROSSILLON (Ain), le 24 Avril 1900



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1927

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU TRAITEMENT DES SALPINGITES
PAR L'HYSTERECTOMIE FUNDIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 N° 74

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DES SALPINGITES
PAR
L'HYSTÉRECTOMIE FUNDIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Mars 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gustave CLAVEZ

Né à ROSSILLON (Ain), le 24 Avril 1900



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	PIC
	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	X.
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires	ROCHET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	BRETIN
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	CADE
Anatomie pathologique	PAVIOT
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	ETIENNE-MARTIN
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	SAVY
Pharmacie,	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de	Pathologie externe	MM. VALLAS
—	Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
—	Chimie minérale	BARRAL
—	Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	ROUBIER	DUNET	DUFOURT.
TRILLAT	FAVRE	CHALIER (André)	DUMAS.
SARVONAT	BONNET	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE.
FLORENCE (G.)	RHENTER	NOEL	MANCEAU.
ROCHAIX	MAZEL	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
CORDIER (V.)	SANTY	DEVIC.	ROCHET (Ph.).
			WERTHEIMER.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président ; PATEL, assesseur

ROCHET Phil. et WERTHEIMER, agrégés.



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage d'une reconnaissance infinie et d'un profond amour filial,

A MON FRÈRE

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR TIXIER

*Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur*

Qui fut l'un de nos premiers Maîtres. Nous lui sommes profondément reconnaissants du précieux enseignement qu'il nous a donné durant deux semestres et de toute la bienveillance qu'il nous a toujours témoigné.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PH. ROCHET

Chirurgien des Hôpitaux

Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a dirigé dans notre travail. Nous lui adressons nos sentiments de bien vive gratitude et de respectueuse sympathie.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX
(Externat)

MM.

PROFESSEUR TIXIER.

DOCTEUR BONNET.

DOCTEUR BONNAMOUR.

PROFESSEUR PATEL.

DOCTEUR BOUCHUT.

DOCTEUR GONNET.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU TRAITEMENT DES SALPINGITES
PAR L'HYSTERECTOMIE FUNDIQUE

INTRODUCTION

Ce travail ne fait pas acte d'innovation, déjà depuis de longues années certains auteurs avaient, en effet, préconisé le traitement des salpingites par l'hystérectomie fundique. Mais certains auteurs français en particulier, ont assigné à cette opération des indications dont le cadre apparaît un peu étroit. Sans cependant tomber dans aucune exagération, il semble bien que l'hystérectomie fundique puisse être pratiqué dans certains cas d'annexites relativement assez graves.

L'hystérectomie fundique doit prendre rang parmi les opérations conservatrices au cours des affections annexielles, en raison des précieux avantages qu'elle offre : extirpation des annexes malades et conservation du cycle génital périodique, qui préserve les malades des troubles inhérents à sa suppression.

M. le Professeur agrégé Ph. Rochet nous a inspiré notre thèse sous les auspices de M. le Professeur Tixier et nous a aidé d'une façon très précieuse au

cours de son élaboration. Il a essayé cette méthode, qui ainsi que nous allons le montrer, donne de bons résultats quand elle est employée judicieusement.

Nous remercions MM. Tixier, Rochet et Guilleminet, qui ont bien voulu nous communiquer leurs observations et tous ceux qui nous ont apporté leur concours, notamment M. le Docteur Doubrow, auquel nous sommes redevables de la traduction d'articles de revues écrites en langue allemande.



Nous divisons notre travail de la façon suivante. Dans un premier chapitre, dans un court rappel des fonctions physiologiques du système génital de la femme, nous montrerons la nécessité dans les cas où cela est possible du maintien de la corrélation utéro-ovarienne. Dans un deuxième chapitre, nous exposerons la technique de l'hystérectomie fundique avec les critiques et réserves que nous formulons à l'égard de certains temps opératoires. Dans une troisième partie, nous poserons les indications de l'hystérectomie fundique dans les salpingites. Enfin, nous dirons qu'elles sont les résultats obtenus par cette méthode. Et nous terminerons, en rapportant les observations qui ont servi de base à notre thèse.



Physiologie

L'utérus et les ovaires constituants essentiels de l'appareil génital femelle, forment un complexe difficile à dissocier, les fonctions de ces organes étant étroitement liées entre elles.

Nous n'avons nulle intention de reproduire dans ce chapitre, toute leur physiologie, nous nous proposons seulement, après un succinct rappel de leurs rôles essentiels, de montrer la corrélation qui existe entre muqueuse utérine et tissu ovarien et nous trouverons là, un des principes directeurs qui ont présidé à la création de l'hystérectomie fundique.

FONCTIONS OVARIENNES. — L'ovaire a un double rôle. Tout d'abord, c'est à lui que se rattache la fonction de reproduction : chaque mois environ, un follicule mûrit sur l'un ou l'autre des ovaires, arrivé à son maximum de développement il se rompt, libérant ainsi liquor folliculi, cellules folliculeuses et ovules. Ce dernier migrera ensuite à travers la trompe et si la rencontre avec un spermatozoïde s'est produite, l'œuf ainsi fécondé se fixera dans la cavité utérine où se poursuivra son développement. La cause

de la rupture de ce follicule réside dans une turgescence de la substance médullaire de nature presque érectile, qui comprime la couche corticale contre la couche périphérique conjonctive ou albuginée. Cette turgescence ovarienne, coïncide avec un état congestif général : la vague prémenstruelle ou vague utéro-ovarienne, qui se produit avec une remarquable périodicité.

L'ovaire joue en outre un rôle de glande à *sécrétion interne*. Après sa rupture, le follicule ne disparaît pas. Il contient alors une certaine quantité de liquor folliculi, des cellules folliculeuses et d'une façon presque constante, du sang provenant des capillaires voisins rompus, et dès lors au dépens de ces différents éléments, va se produire une évolution particulière qui aboutira à la formation d'un corps jaune, présentant tous les caractères d'une glande endocrine. En dehors de toute fécondation, le corps jaune atteint son complet développement au bout d'une dizaine de jours pour régresser ensuite et finalement disparaître par dégénérescence graisseuse.

Outre le rôle important que le corps jaune joue sur la nidation de l'œuf, les modifications qui se produisent vers les organes génitaux et la glande mammaire au début de la grossesse : il participe, dans une certaine mesure, par son hormone, à la régulation du métabolisme en général, fonction qu'il partagerait d'ailleurs pour quelques physiologistes avec les cellules interstitielles, que l'on trouve peu nombreuses chez la femme, tandis qu'elles sont abondantes chez certaines espèces, la chatte en particulier ; ce

qui incline à penser que leur rôle doit être assez restreint. Certains auteurs ont voulu faire tenir sous la dépendance de ce corps jaune, l'établissement des caractères sexuels secondaires et la trophicité des organes génitaux (*Thèse* de Zalewski).

Mais de toute évidence, il existe une corrélation étroite entre l'évolution du corps jaune et la menstruation. Car tous deux se reproduisent périodiquement et la chute de l'ovule avec formation consécutive d'un corps jaune présente une certaine coïncidence avec la menstruation.

MENSTRUATION. — La menstruation est un écoulement sanguin d'origine utérine se produisant pendant toute la durée de la vie génitale de la femme, se répétant tous les 25 à 28 jours. Il dure chaque fois environ 4 à 5 jours et la perte totale de sang atteint en général 50 à 60 grammes.

La menstruation est annoncée par des symptômes prémonitoires, consistant surtout en un certain degré d'hyperexcitabilité nerveuse, troubles psychiques, pâleur, algies, sensations de faiblesse tandis que les organes génitaux internes sont augmentés de volume, sensibles à la pression, produisant des sensations de tiraillements lombaires. Durant cette période prémenstruelle, la muqueuse utérine a subi des modifications qui se résument en hyperémie vasculaire et hyperplasie cellulaire, qui mène à la formation d'un véritable massif parenchymateux de type glandulaire. Le flux menstruel qui se déclanche après cette période de préparation constitue la ma-

nifestation la plus tangible de l'état congestif de tout l'organisme, qui, au niveau de la muqueuse utérine, prend la forme d'une hémorragie. A ce sang menstruel s'ajoutent d'ailleurs les fragments nécrosés de la muqueuse hyperplasiée qui tombe d'un bloc.

Si les relations entre activité ovarienne et menstruation sont admises, il reste à déterminer comment l'une agit sur l'autre.

DIVERSES THÉORIES se proposent de l'expliquer. Pouchet et Pflüger virent dans l'excitation nerveuse déterminée par le follicule mûr et gonflé, le point de départ de la contraction des fibres lisses incluses dans le ligament large et expliquèrent ainsi les phénomènes de congestion.

D'autres auteurs se firent les défenseurs d'une théorie différente, faisant jouer au corps jaune un rôle de sécrétion interne, son hormone réglant la menstruation.

Pour Fraenkel, Vuillemin, Ancel et Bouin, la ponte ovulaire précède la menstruation de 12 à 15 jours et le corps jaune avec ses caractères endocrines arrivé à sa phase de plein développement, c'est-à-dire au bout de 10 jours, déverse dans le sang une substance qui, par l'intermédiaire du système nerveux, produit un état congestif généralisé, source de l'écoulement menstruel ; puis il entre en régression au deuxième ou troisième jour de celui-ci.

Plus récemment, Wattrin (de Liège), s'appuyant sur 146 observations, arriva sensiblement aux mêmes conclusions quant à la date de la rupture folliculaire par rapport aux règles, mais il précisa que si, pen-

dant la période d'évolution du corps jaune, se réalise une transformation de l'endomètre utérin, la menstruation se déclanche dans la phase d'involution du corps jaune.

Ce même auteur a nettement montré les relations de cause à effet qui existent entre cycle ovarien et cycle utérin. L'exérèse de corps jaunes (toutefois pas trop jeunes), sur 200 femmes régulièrement menstruées, lui a montré, d'une façon constante, l'apparition de la menstruation dans les 24 et 48 heures qui suivent l'opération.

Ainsi donc, parmi les physiologistes qui accordent un rôle essentiel à l'action du corps jaune sur la menstruation, leurs opinions diffèrent quant au mode d'action de ce corps jaune. Pour Fraenkel et Vuillemin, le flux cataménial est directement conditionné par le corps jaune, dont l'action congestive va en s'accroissant jusqu'à la rupture vasculaire, tandis que pour Watrin, l'écoulement menstruel se fait quand le corps jaune involue.

Ces théories ont d'ailleurs été battues en brèche. A Lyon, Regaud et Dubreuil, considérant les rapports entre la menstruation chez la femme et le rut chez les animaux, phénomènes physiologiquement comparables, obtinrent dans une série d'expériences sur des animaux, des résultats qui semblèrent infirmer le rôle du corps jaune dans la menstruation. Ils virent, en effet, le rut se produire chez la lapine, sans la moindre trace de corps jaune au niveau des ovaires. Chez la lapine, c'est le coït qui provoque la rupture du follicule, le corps jaune n'apparaît que 5 ou

6 jours après, et ne peut être la cause du rut et ces auteurs lyonnais concluent : « L'hypothèse que le corps jaune est une glande à sécrétion interne reste histologiquement vraisemblable, mais cet organe n'est pas la cause du rut chez les animaux et très probablement de la menstruation chez la femme ».

Quoi qu'il en soit du mécanisme de la production du flux menstruel, les pertes sanguines qui se produisent au moment des règles ne sont pas les simples témoins de la démolition de tout un édifice qui était préparé pour la nidation de l'œuf, mais leur rôle semble plus complexe. Pour certains auteurs, elles constituent un véritable *émonctoire* et ils se sont efforcés de prouver ce fait par des séries de constatations : expérimentalement, on aurait, par injection d'une solution aqueuse de précipité alcoolique de sang menstruel, obtenu chez le lapin l'abaissement de la pression sanguine, des troubles cardiaques et respiratoires (*Thèse* de Pottet, Paris, 1910), cliniquement, au cours de suppression brusque des règles, on aurait constaté des phénomènes ressemblant à une intoxication avec surtout troubles oculaires (*Thèse* de Piganeau, Bordeaux, 1910).

NÉCESSITÉ DU MAINTIEN DE LA CORRÉLATION UTÉRO-OVARIENNE. — Si, avec le rôle antitoxique de l'écoulement menstruel, on considère les synergies existant entre l'ovaire et les autres glandes endocrines en particulier la thyroïde (hypertrophie durant les règles), les surrénales (identité chimique entre la cortico-surrénale et le corps jaune) et, en plus de cela, les

relations qui peuvent exister entre la glande ovarienne et le système sympathique, on conçoit toute l'importance du complexe utéro-ovarien dans l'équilibre de l'organisme féminin et toutes les perturbations que peuvent y apporter la suppression de l'un ou de l'autre des éléments du complexe : ovaire ou utérus.

Avec l'ablation des ovaires, on peut étudier tout à loisir les accidents dits de la *ménopause artificielle*, semblables à ceux qui se produisent vers 40 à 45 ans quand la femme cesse d'être réglée, mais qui souvent aussi, sont plus accentués.

Les troubles de la ménopause artificielle sont très complexes et très variables, suivant les différences individuelles, ils semblent tenir surtout à l'état organique préexistant des femmes (âge, état du système nerveux). Tuffier les groupe en trois chefs : 1° troubles trophiques, le principal étant l'obésité parfois considérable et qui atteint 40 % des malades ; 2° troubles nerveux, vertiges, insomnies, céphalgies, algies, instabilité, tendance à la tristesse, sans que les femmes castrées ne soient d'ailleurs les candidates à la mélancolie que l'on a parfois voulu représenter ; 3° troubles circulatoires : bouffées de chaleur, trouble le plus constant (80 %), phénomènes congestifs provoquant des bourdonnements d'oreilles, sifflements, les palpitations sont rares.

A cela s'ajoute parfois des troubles du sens génésique, mais dans une faible proportion ; Zaleski rapporte seulement sa disparition complète dans trois cas sur 24 hystérectomisées ; il semble, d'ailleurs, être surtout sous la dépendance de centre nerveux multi-

ples et il faut remarquer que les sensations génésiques semblent régies dans leur existence après la castration, par un certain facteur habitude.

Les accidents de la ménopause anticipée post-opératoire commencent le plus souvent à l'époque des premières ou deuxième règles, qui auraient dû suivre l'intervention et ils ont généralement leur maximum au moment qui correspond aux anciennes époques. Ils peuvent durer deux à trois ans, il semble que la guérison survienne quand l'équilibre s'est établi entre les autres glandes à sécrétions internes; notamment la thyroïde. Il est remarquable, dit Tuffier, que les phénomènes congestifs surviennent surtout chez les femmes au tempérament thyroïdien, cette expression étant prise au sens le plus large (éclat brillant des yeux, hypertrichose sourcillière, besoin de déplacement, nervosité, puberté précoce) et qu'au contraire ils soient réduits au minimum chez les femmes, qui présentent des manifestations d'hypothyroïde.

Comme cause de ces troubles, on a incriminé la suppression de la sécrétion interne de l'ovaire; sans doute c'est là le *primum movens*, mais il s'agit plutôt d'une perturbation qui relève de l'appareil utéro-ovarien tout entier. En effet, l'ablation des ovaires comme celle de toute autre glande produit des troubles : les uns directs dus à la suppression de la sécrétion glandulaire, les autres dus à la perturbation des rapports réciproques entre la glande enlevée et les autres glandes, avec lesquelles elle est en relation.

Mais, dans le cas particulier, la question se compli-

que de la suppression d'un exutoire ; le sang menstruel, ce qui provoque une part des désordres.

Si les troubles du métabolisme, tels que l'obésité, ne semblent dépendre que de l'absence de la sécrétion interne de l'ovaire, par contre les troubles congestifs et nerveux semblent être sous la dépendance de la disparition du flux menstruel, ce qui explique à leur égard les insuccès des greffes et de l'opothérapie ovarienne chez les femmes privées de leur utérus. Et, de fait, la pratique chirurgicale a montré que la simple hystérectomie donnait des troubles à peu près analogues à la castration utéro-ovarienne. Les bouffées de chaleur, en particulier, ne font que rarement défaut.

Comme chez beaucoup de femmes, les troubles de la ménopause ne sont que l'exagération des symptômes prémonitoires, qui annoncent les règles ; on est conduit à penser qu'il s'agit de phénomènes d'intoxication identiques dans l'un et l'autre cas, et qu'alors l'émonctoire constitué par les règles semble nécessaire pour maintenir ou rétablir l'équilibre entre les diverses glandes à sécrétions internes de l'économie.

Entre toutes, une malade de Tuffier semble illustrer cette conception (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1910). « Il s'agit d'une femme de 26 ans, on laisse l'utérus, on enlève les ovaires, mais, jugeant qu'ils peuvent être utiles bien que scléreux, ils sont greffés sous la peau. Pendant 5 mois, cette femme n'a pas de règles et présente des troubles du genre de ceux de la ménopause. Au bout de ce temps, le rétablissement de la vascularisation de l'ovaire s'étant

fait, le flux menstruel apparaît et, avec lui, tous les troubles cessent. »

En somme, les manifestations de la ménopause artificielle sont dues à la fois à la suppression de l'exutoire, aux troubles engendrés par la suppression de la sécrétion interne de l'ovaire, à la perturbation apportée dans l'équilibre existant entre les diverses glandes à sécrétions internes, surtout surrénales et thyroïde.

Afin d'éviter ces accidents de ménopause anticipée aux femmes jeunes, nous voyons la nécessité, au cours des interventions gynécologiques de respecter toutes les fois que cela sera possible les deux éléments nécessaires à la menstruation, afin de toujours se rapprocher le plus possible des conditions physiologiques normales.

L'écoulement menstruel persistera pourvu qu'il soit gardé un ovaire ou fragment de celui-ci avec une vascularisation satisfaisante et une quantité suffisante de la muqueuse utérine que Tuffier estime au moins égale à la moitié de celle de la cavité utérine.

Technique

L'hystérectomie fundique consiste dans l'ablation des annexes malades en laissant un ou deux ovaires sains ou des fragments de ceux-ci et du côté de l'utérus dans l'extirpation plus ou moins large de la région fundique où prédominent les lésions infectieuses, mais tout en conservant un moignon utérin, dont la muqueuse ait une hauteur supra-isthmique d'au moins 2 cm. 1/2 à 3 centimètres.

HISTORIQUE

La pratique de l'hystérectomie fundique est de date relativement récente. Zweifel signala le premier, en un article paru en 1899 « que chez 3 malades, chez lesquelles, au cours d'une hystérectomie, il était resté avec un ovaire un peu de la muqueuse utérine, il observa des règles légères et une santé parfaite sans trouble de la ménopause ». C'est de cette observation fortuite que semblent s'être inspirés divers chirurgiens, tels que Werth (Kiel, 1902), Alban et Doran, qui préconisent des méthodes s'orientant dans la même voie.

Plus tard, la question fut reprise par Pfannenstiel (1906), puis par Cohn et Dührsen (1908), qui pratiquèrent cette opération dans les cas de fibromes et de métrites.

Mais c'est Beuttner, qui, en 1908 également, bénéficiant sans doute des travaux antérieurs épars dans la littérature chirurgicale, précisa la technique de l'hystérectomie fundique qu'il exécuta pour la première fois le 22 janvier 1908. Il assigna comme but à cette opération « le traitement des annexites bilatérales et suppurées ».

Par ses nombreuses publications et celles de ses élèves, en particulier d'Ernst et Aubert, Beuttner vulgarisa sa méthode.

En 1914, Blair Bell décrivit, en Angleterre, une opération identique, à laquelle il donna son nom, Appellation, qu'il transforma plus tard en celle d' « Opération de Bell-Beuttner ».

En France, des contributions à l'étude de l'hystérectomie fundique furent apportées, notamment par Lecène et Gaudart d'Allaines (*J. de Chirurgie*, 1922) et Hartmann (*Gynécologie et Obstétrique*, 1922).

Beuttner, avec le temps, a sensiblement modifié sa technique initiale; tandis qu'en 1908, il se contente de fermer la brèche utérine faite par l'ablation du fond, par une suture musculo-séreuse au catgut, laissant ainsi un moignon utérin libre dans la cavité pelvienne, en 1922 dans un article du *Zentralblatt für Gynäkologie*, étude contemporaine de celle de Lecène, il péritonise, à l'instar de ce dernier, la plaie utérine à l'aide du péritoine vésical, qu'il fixe à la paroi

postérieure de l'utérus. Les figures de ces deux auteurs sont sensiblement analogues.



Nous décrivons successivement les techniques opératoires données par les deux protagonistes de l'hystérectomie fundique : Lecène et Beuttner, ce qui mettra en évidence les différences existant entre les deux méthodes.

Procédé de Lecène et Gaudart d'Allaines

L'incision de la paroi sera sous-ombilicale, médiane ou arciforme, du type Pfannenstiël. C'est à cette dernière que doit, en général, aller le choix du chirurgien.

L'abdomen ouvert, il faut faire l'inventaire des lésions; c'est à ce moment que l'on pose l'indication définitive d'hystérectomie fundique, après avoir reconnu le côté le moins atteint, c'est-à-dire celui qui garde un ovaire sain.

TEMPS D'ABLATION. — Le fond utérin étant maintenant attiré par une pince de Museux, on tend les annexes du côté où se trouve l'ovaire à conserver. Il faudra toujours respecter au maximum la vascularisation de ce dernier et, par suite, ménager le pédicule ovarien supérieur. On soulèvera donc le pavillon tubaire, des pinces sont placées le plus loin possible de l'ovaire et du ligament infundibulo-pelvien. Le

mésos est coupé ensuite au-dessus des pinces jusqu'au niveau de la corne utérine en évitant le ligament rond, ce qui est généralement possible. Nous passerons ensuite à la libération des annexes du côté opposé, en enlevant à ce niveau trompe et ovaire.

Les annexes ainsi libérées jusqu'au corps utérin, il est placé de chaque côté une pince sur l'artère utérine, au-dessous du futur plan de section. L'artère est d'ailleurs peu volumineuse à ce niveau et peut être pincée après le temps de section, si sa découverte préalable est difficile.

La section du fond intérin est alors pratiquée. Elle portera sur un coin à base fundique et à sommet cavitairé. Elle peut passer à des hauteurs différentes. Le volume du cône enlevé est proportionnel à l'étendue de sa base ; l'ablation minima correspondra à une incision passant en avant, juste en arrière de l'insertion utérine des ligaments ronds, et en arrière en avant des ligaments utéro-ovariens ; mais cette section minima semble rarement réalisable, et, plus souvent, elle devra passer en avant de l'extrémité proximale des ligaments ronds et en arrière des ligaments utéro-ovariens. Ainsi sont emportés les parties les plus malades de la muqueuse, c'est-à-dire le fond, les cornes, et la portion intersticielle des trompes ; ce qui présente un réel avantage, en particulier dans les gros utérus métritiques où l'ablation devra être faite aussi largement que possible, en laissant seulement un segment utérin, dont la hauteur supra-isthmique atteigne 2 cm. 1/2 environ.

La désinsertion des ligaments utéro-ovariens n'of-

fre pas d'inconvénient pour la statique utérine, l'utérus étant ultérieurement fixé par un encapuchonnement du péritoine vésical préconisé par Lecène et Beuttner.

Quelquefois, la section sera asymétrique, laissant l'insertion du ligament rond du côté le moins atteint et enlevant plus largement du côté opposé y compris l'attache utérine du ligament rond.

TEMPS DE RÉPARATION. — La brèche utérine est fermée, après avoir assuré l'hémostase par la ligature des artères utérines, et, au besoin, après celle de quelques petites artérioles qui saignent sur la tranche utérine. La suture des deux lèvres sera faite par 5 ou 6 points séparés, prenant toute l'épaisseur de la paroi utérine. Cet affrontement parfait des deux berges tarit l'hémorragie en nappe fréquemment observée. Dans les cas où l'hémostase paraîtrait insuffisante, on pourra compléter par un surjet complémentaire musculo-séreux.

Les ligaments larges sont ensuite fermés par rapprochement de leurs feuillets. On complètera par la refixation des ligaments ronds désinsérés.

TEMPS DE PÉRITONISATION. — C'est un temps particulièrement important. Le péritoine utérin est adhérent au fond de l'utérus et aux deux tiers supérieur de ses faces. Il est donc difficile par des points musculo-séreux d'amener à coalescence le péritoine, qui revêt les deux lambeaux du moignon utérin. Cette méthode est insuffisante et, ainsi que le dit Lecène,

« Laisser dans la cavité pelvienne un moignon de corps utérin haut de plusieurs centimètres, raffermi, il est vrai, par des sutures, mais non encapuchonné dans le péritoine, c'est croyons-nous, une bien mauvaise pratique, en contradiction formelle avec les principes mêmes de la chirurgie pelvienne moderne. » La péritonisation ne peut se faire qu'au dépens du péritoine inter-utéro-vésical mobile, et facile à amener en arrière. L'aiguille accroche d'abord le péritoine de la face post de l'utérus, très largement en arrière de la ligne de suture utérine, puis elle est passée dans le péritoine rétro-vésical en s'aidant de la pince à disséquer qui en soulève un pli. En raison de la distance qui sépare les deux surfaces de séreuse à accoler, on rencontre souvent de la difficulté pour serrer le premier point. Une fois ceci fait, les autres points du surjet se font facilement.

Au niveau de chacun des angles utérins, ce surjet rejoint le ligament large déjà fermé, les ligaments ronds et les ligaments infundibulo-pelviens préalablement liés. Ainsi le moignon utérin est recouvert par un capuchon de péritoine rétro-vésical.

Procédé de Beuttner

La paroi ouverte, Beuttner préconise, dans un premier temps, la ligature bilatérale préventive des artères utérines, qu'il pratique à l'aide d'une aiguille à pédale, qui passe latéralement un fil en plein muscle utérin. Ces fils sont serrés de suite. Un autre fil est placé au niveau de chacun des précédents ; ils

serviront après excision et bascule de chaque hémicône à compléter l'hémostase au niveau de la corne utérine.

Cette hémostase préventive semble complexe et d'une utilité discutable.

Dans un deuxième temps, l'opérateur exécute l'excision cunéiforme du fond utérin, s'aidant de l'hémi-section préalable du coin fundique.

La plaie est à ce moment, suturée au catgut, par 4 ou 5 points séparés, elle se trouve ainsi théoriquement à l'abri des risques ultérieurs d'infection.

Dans un troisième temps, l'auteur pratique l'extirpation des annexes, avec conservation de l'ovaire sain. Il prolonge aux ciseaux le long des ligaments larges, les incisions pratiquées sur le fond utérin, en respectant, autant que possible, les ligaments ronds. Plongeant ensuite la main dans la profondeur, le long de la face latérale de l'utérus et suivant les indications de J.-L. Faure, il détache de dedans en dehors les annexes malades. Puis, il place ensuite une pince sur la partie externe des ligaments et sectionne aux ciseaux. Naturellement, il respecte au maximum, pendant cette manœuvre, l'ovaire sain et sa vascularisation.

Enfin, dans une dernier temps, il ferme les ligaments larges, puis péritonise le moignon utérin d'une façon identique à celle décrite dans le procédé de Lecène. Cette technique est évidemment plus simple, et plus parfaite que celle de Blair Bell, qui dissèque un lambeau péritonéal dans la région supra-vaginale post, pour en recouvrir la plaie utérine.

*
**

En conclusion, telles sont les données techniques originales de Beuttner (deuxième manière) et de Lecène. Elles ne diffèrent que par des points de détail. Cependant, ces différences peuvent être justifiées par des circonstances techniques particulières.

Sans vouloir rentrer dans les modalités très diverses des incisions de la paroi abdominale en gynécologie, on peut cependant insister, là encore, sur les avantages du Pfannentiel dans les cas notamment de salpingites suppurées non tuberculeuses, cette incision permet de mieux contenir les anses intestinales et, par conséquent, d'éviter l'inoculation possible du grand péritoine. D'autre part, même en cas de suppuration pariétale, elle ne donne jamais lieu à des éventrations, toujours gênantes chez les femmes encore jeunes, qui, quelquefois, sont dans l'obligation de faire un métier pénible. C'est celle que notre Maître, M. le Professeur Tixier, emploie de préférence, et c'est celle qui est employée le plus souvent dans nos observations.

On peut critiquer dans la technique de Beuttner la ligature préventive de la terminaison des artères utérines. En procédant ainsi, on limite d'emblée l'étendue de l'ablation des parties malades du fond utérin. C'est surtout vrai dans les cas de gros utérus métritiques, où les lésions fundiques maxima nécessitent parfois une exérèse assez étendue. Si on fait porter cette exérèse au-dessous de la ligature, on est forcé de recouper les artères utérines et, de ce fait, on a

accompli un geste opératoire inutile. Si, d'autre part, on fait la section utérine trop loin de la ligature préventive, on risque d'avoir des tranches utérines mal nourries. C'est dans ces cas que les désunions de la suture sont possibles avec les accidents plus ou moins graves qu'elle peut entraîner. La manière de faire de Lecène est plus sage : faire l'hémostase à la vue, lorsque les artères coupées saignent.

Les ligatures préventives de Beuttner portent souvent au niveau où la terminaison de l'utérine abandonne des rameaux à l'ovaire, et une des conditions de la conservation de cet organe est le respect poussé à l'extrême de sa vascularisation. Il est certain que beaucoup des troubles signalés du côté de l'ovaire, dans les cas d'intervention conservatrice sur les annexes viennent de ce que celui-ci a plus ou moins souffert de l'opération et, dans la suite, a été mal nourri. Un des avantages de la fundique, est justement, dans la majorité des cas, de pouvoir conserver intact l'arcade vasculaire qui va irriguer l'ovaire.

*
**

La façon dont on enlève les trompes et le fond de l'utérus donne lieu également à plusieurs considérations techniques. Elle obéit du reste aux grandes lois de la chirurgie utéro-annexielle. Lorsque les lésions prédominent d'un côté, en l'espèce, ce sera le côté où l'on devra sacrifier l'ovaire. Il faudra commencer l'opération par le côté le moins atteint, aller délicatement, pour ménager l'ovaire, que l'on veut conser-

ver et faire une hémostase soigneuse des branches vasculaires, qui se rendaient à la trompe que l'on enlève. Ensuite, on continue l'opération comme dans le procédé de l'hystérectomie américaine.

Si les lésions sont marquées des deux côtés, il faut tout d'abord voir si l'on peut conserver un ovaire et établir celui que l'on gardera. Ensuite le principe opératoire de J.-L. Faure, qui, lui, a fait décrire son procédé d'hémisection préalable, est tout à fait indiqué dans ces cas; Beuttner y insiste avec juste raison. L'hémisection du fond de l'utérus après le tracé du coin que l'on veut enlever, permet de décoller facilement, en allant de haut en bas et de dedans en dehors, les annexes adhérentes. C'est dans ces cas que l'on pourrait tenter, dans l'hystérectomie fundique, la manœuvre que M. Villard a décrite au dernier Congrès de Chirurgie (1926), et à la Société de Chirurgie de Lyon, la même année : « La salpingectomie rétrograde sous-séreuse ». Ce procédé facilite énormément les manœuvres de décollement d'une trompe adhérente et, fait sur lequel insiste son inventeur, il permet de conserver au maximum la vascularisation de l'ovaire qu'il n'intéresse en aucune façon.

Par contre, l'idée de Beuttner suturant la brèche utérine avant d'avoir enlevé les organes malades, préjuge de faits susceptibles de se passer dans la suite de l'opération, et qui peuvent conduire à un sacrifice plus étendu des parois utérines. Ce procédé ne semble pas d'ailleurs devoir diminuer de beaucoup les chances d'infection de la suture utérine.



Le grand mérite de M. Lecène, est d'avoir insisté sur l'importance de la péritonisation exacte de la surface de la ligne de suture musculo-séreuse de la paroi utérine. Cette manœuvre est toujours possible, lorsque l'on pratique l'hystérectomie fundique pour des lésions salpingiennes non supurées, ou des lésions qui n'ont pas entraîné une modification trop grande de la consistance du péritoine vésical. Mais lorsque ce péritoine a été modifié par des lésions inflammatoires antérieures, qu'il est épaissi et friable, ou, qu'au contraire, il est devenu plus ou moins fibreux et mal extensible, il est alors, dans ces cas, difficile de l'amener en arrière de la ligne de suture utérine, et l'on est obligé de rechercher soit d'autres modes de péritonisation, soit, quelquefois, de renoncer à péritoniser, et alors, terminer différemment son opération. Il est presque toujours possible de péritoniser avec l'S illiaque, que l'on attire au-dessus de la portion restante de l'utérus, réalisant ainsi une sorte de péritonisation haute (Obs. V). Mais dans ces cas, il sera prudent :

1° D'assurer la fixité de l'utérus en bonne position, par une action énergique sur le ligament rond : ligamentopexie complémentaire ;

2° Il faudra, le plus souvent, drainer le Douglas, qui est transformé alors en une cavité close, ceci peut être fait par une colpotomie, avec drainage de cette cavité (Obs. V.).

Lorsqu'on ne peut pas péritoniser à l'aide de la vessie et de l'S iliaque, lorsque le décollement des masses annexielles a entraîné un suintement hémorragique assez abondant, lorsqu'on a des doutes sur la septicité des lésions salpingiennes, en un mot, dans les mauvais cas, ou plutôt dans les cas limites de l'opération, on peut terminer celle-ci par un tamponnement pelvien à la Mickulicz (Obs. IV et IX). Cette manière de faire, employée dans deux observations, n'a pas eu d'inconvénients ultérieurs.

*
**

Enfin, faut-il couper ou non les ligaments ronds ? C'est une question de hauteur de la résection du fond de l'utérus; en tout cas, ça ne doit jamais être une préoccupation pouvant influencer l'ablation des lésions fundiques. Lorsqu'on doit enlever une partie importante du fond de l'utérus, il suffit de sectionner des ligaments ronds à leur insertion utérine, on les gardera avec soin, car, ultérieurement, ils pourront servir à la péritonisation, et, dans certains cas, au maintien de la bonne position utérine en antéverson normale.

Indications

Les opérations conservatrices dans les annexites bilatérales, peuvent être rangées en deux groupes principaux : les opérations permettant la fécondation et les opérations ménageant la fonction endocrine.

Lorsqu'au cours d'une opération pour salpingite bilatérale, l'indication d'une hystérectomie fundique se pose, il est bien entendu que tout espoir de fécondation ultérieure doit être abandonné.

Du reste, il faut, pour faire cette opération, que *l'état anatomique des lésions ne permette pas l'espoir de tenter opératoirement le rétablissement de la fonction de reproduction.*

Mais il est souvent possible, malgré l'étendue des lésions annexielles, de tâcher de conserver la sécrétion endocrine. Les troubles suivant la castration sont très variables, il en est de très légers qui incommode fort peu les malades; il en est d'autres, au contraire, qui influent fortement sur leur état mental en particulier. Il faut donc, surtout chez les femmes prédisposées à antécédents nerveux, héréditaires ou personnels chargés, faire l'impossible pour éviter ces

troubles de ménopause anticipée, qui, trop souvent, transforment ces malades d'infirmes physiques en infirmes mentales.

Comme nous l'avons vu au début de notre thèse, dans le rappel de la fonction physiologique de l'ovaire, il est bien démontré, à l'heure actuelle, que seules les opérations conservant la fonction menstruelle (conservation d'ovaire ou de fragment d'ovaire, et de la porition sus-isthmique de l'utérus), donnent vraiment des résultats favorables.

Parmi ces opérations, on peut mettre en parallèle les salpingectomies bilatérales, avec conservation intégrale de l'utérus et l'hystérectomie fundique.

Mais avant, quand peut-on tenter ces opérations?



Il y a des cas qui sont au-dessus de toute discussion, c'est, tout d'abord, ceux où l'on a affaire à des femmes proches de la ménopause physiologique. Comme l'a montré notre Maître, M. le Professeur Tixier, dans un article fait en collaboration avec M. le Docteur Ph. Rochet, les salpingites, à partir de 35 ans, n'ont que peu de chance de guérir par un traitement médical ou par un traitement conservateur. Ces salpingites des femmes âgées sont particulièrement graves, et, le plus souvent, il faut les traiter par la castration totale. Il faut donc, pour tenter l'hystérectomie fundique, que les malades aient, de par leur âge, le maximum de chance pour la réussite de l'opération.

Dans les *formes légères de salpingites bilatérales*, lorsque l'utérus est en bonne position (antéversion normale), le traitement médical a toutes les chances de permettre la guérison de telles malades. Là, malheureusement, c'est souvent une question de longueur et de coût du traitement qui intervient. Si les femmes peuvent et veulent se soigner, si leur situation sociale le leur permet, la guérison par le traitement médical est presque assurée. Mais, trop souvent, ces conditions ne sont pas remplies, et l'on peut être appelé à contre cœur à pratiquer, dans ces cas, l'hystérectomie fundique pour conserver au moins les sécrétions génitales internes, en guérissant ainsi les malades de leurs douleurs et en prévenant les accidents infectieux qui pourraient ultérieurement conduire à une intervention trop radicale. Du reste, dans ces cas, l'ablation simple des trompes sans toucher à l'utérus suffit souvent.

Dans les *formes de salpingites graves*, avec grosses lésions tubo-ovariennes suppurées, avec altérations profondes de la muqueuse et même du muscle utérin, il n'est pas possible de faire l'hystérectomie fundique, l'opération dans ces cas, est souvent une opération de drainage, les ovaires sont très touchés par l'infection, l'utérus lui-même est très malade. Il n'y a qu'un traitement de mise, c'est l'hystérectomie avec castration totale.

Il semble que les indications de l'hystérectomie fundique se rencontrent dans les lésions annexielles intermédiaires aux deux formes précédentes. Mais on peut, semble-t-il, élargir un peu le cadre des indications sages et pondérées que Lecène a donné de cette

opération. Il apparaît bien que l'on ne doive pas la bannir complètement du traitement des salpingites suppurées avec pelvi-péritonite. Du reste, Beuttner, Blair Bell, Bégouin, etc..., l'ont pratiqué avec succès en pareille occurrence. *Mais, pour cela, il faut que les lésions suppurées, pyo-salpinx ou abcès de l'ovaire, soient unilatérales, et il faut que l'ovaire opposé n'ait jamais été le siège de lésions inflammatoires très marquées.* Il importe aussi de ne tenter l'opération que dans des formes suffisamment refroidies, lorsque la température est revenue depuis assez longtemps à la normale ou au voisinage de la normale; que les phénomènes douloureux soient très atténués et que par ailleurs l'état général soit bon.

L'opération peut encore être tentée dans les formes sévères de salpingites *non suppurées*, mais avec grosses lésions parenchymateuses et pelvi-péritonite, à condition qu'il y ait un ovaire sain. L'hystérectomie fundique permet d'enlever les organes malades et présente, en outre, l'avantage de supprimer l'ostium utérin des trompes, et la région fundique de la muqueuse utérine, où les lésions infectieuses sont, en général, maxima.



L'hystérectomie fundique semble souvent supérieure à la salpingectomie bilatérale, avec conservation d'un ou deux ovaires et de la totalité de l'utérus. Dans les lésions inflammatoires utéro-annexielles, l'atteinte utérine est surtout marquée en deux points de cet organe : le fond de l'utérus et le col utérin.

Lecène, a particulièrement insisté sur l'importance des lésions d'endométrite hyperplasique du fond utérin, dans les salpingites, lésions qui s'accompagnent si souvent d'un état fongueux de la muqueuse, avec végétations polypeuses. Dans ces cas d'endométrite hyperplasique, si on laisse l'utérus entier, les malades peuvent présenter, après l'intervention, des métrorragies et des pertes souvent très abondantes. Quelquefois, les lésions ne sont plus seulement cantonnées à la muqueuse, mais ont gagné les parois utérines elles-mêmes. L'hystérectomie fundique permet l'ablation de ces fonds utérins globuleux, durs, parfois même, siège de petits noyaux fibromateux, qui pourraient se développer pour leur propre compte, après la salpingectomie bilatérale.

L'état du col utérin est aussi profondément modifié par cette opération, et le plus souvent, ces lésions de métrite cervicale s'améliorent ou guérissent même complètement. En tout cas, après l'opération, un traitement approprié de cette métrite cervicale est toujours efficace.

On pourrait objecter que l'ablation du fond de l'utérus rend plus grave l'opération conservatrice, quand la cavité utérine et ses parois sont profondément infectées, parce qu'elle ouvre une cavité septique qu'il faudra suturer. Pour certains, il vaut mieux dans ces cas se contenter d'enlever les trompes en taillant et extirpant en même temps leur abouchement dans la cavité utérine, sans faire de résection fundique proprement dite. Mais en l'espèce, ce n'est qu'une question de nombre de points de suture. La cavité

utérine infectée est ouverte la même chose par l'extirpation des ostium utérinum. De plus, il semble bien que ce soit justement dans ces cas que l'on ait avantage à extirper le maximum des organes malades et, notamment, les lésions muqueuses fundiques, toujours très marquées. C'est en pareille occurrence que, si l'on a des doutes, on peut terminer l'opération soit par une péritonisation haute, à l'aide de l'S iliaque ou par un tamponnement-drainage, à la Mickulicz.

Parmi les 9 observations que nous rapportons, il en est une (Obs. VII), où il s'agissait de tuberculose annexielle, comme le montra ultérieurement le résultat de l'inoculation au cobaye : le résultat fut néanmoins assez bon. Mais c'est une malade qui continue à souffrir de temps à autre, ce qui ne se voit pas dans les salpingites d'autre origine et, si l'on se rapporte aux statistiques classiques, comme celle de Lecène, on ne saurait se baser sur ce cas partiellement heureux pour prôner l'hystérectomie fundique dans les cas de tuberculose salpingo-ovarienne.

Résultats

Lecène a fait une excellente étude des résultats éloignés de l'hystérectomie fundique, il s'est basé, pour cela, sur son importante statistique (31 cas d'opérations pour annexites bilatérales), de malades suivies longtemps après leur opération (1 à 4 ans).

Dans l'ensemble, les 9 observations que nous rapportons ont été suivies de bons résultats, malgré que les lésions salpingiennes rencontrées aient presque toujours été suppurées et que parfois même, l'état du péritoine pelvien ait empêché de terminer l'acte opératoire par la péritonisation classique, avec le péritoine vésical.

Dans cette étude des résultats de l'hystérectomie fundique, il y a deux parties différentes .

1° Le résultat immédiat, l'étude de la gravité de l'opération ;

2° Les résultats éloignés, c'est-à-dire la valeur de l'opération pour la cure radicale des phénomènes douloureux et infectieux, et la conservation de la fonction menstruelle.

La gravité opératoire de l'hystérectomie fundique est très variable selon les statistiques, on peut cependant dire que la mortalité moyenne oscille dans les statistiques importantes de 2 à 4 % (Schmidt, Beuttner, Lecène, Blair Bell). Pour Mocquot, la gravité de l'hystérectomie fundique est un peu plus grande que celles des autres opérations conservatrices, elle serait comparable à celle de l'hystérectomie. En réalité, ces mauvais résultats immédiats sont surtout dus à ce fait que les indications furent mal posées (hystérectomie fundique pour des lésions salpingiennes graves et, surtout, mal éteintes), ou à ce qu'il y eut des fautes de technique opératoire.

Il ne faudrait pas croire qu'il n'y a pas d'incidents post-opératoires après l'hystérectomie fundique. Les plus fréquemment signalés sont de petites hémorragies intra-abdominales ou vaginales. Celles-ci sont dues le plus souvent à une hémostase défectueuse de la tranche de section utérine, c'est une complication facile à éviter en pratique.

Les phénomènes infectieux sont plus graves, ce sont eux qui ont amené deux morts dans la statistique de Lecène, cette infection peut être, soit une infection péritonéale proprement dite (nous n'en avons pas eu dans les observations que nous rapportons), soit une infection veineuse, une véritable phlébite des veines de la portion restante du ligament large. C'est ce qui est arrivé dans notre observation N° VIII. Il semble qu'on pourrait atténuer ces risques d'infection par la vaccination pré et post-opératoire, et en ne

faisant jamais l'hystérectomie fundique dans des lésions mal refroidies.

★
* *

Les résultats éloignés concordent dans les statistiques des chirurgiens, qui ont opéré un nombre important d'hystérectomies fundiques. Ils sont très bons dans l'ensemble, c'est-à-dire que chez presque toutes les malades, les phénomènes infectieux et douloureux ont disparu. Les 9 observations que nous rapportons, viennent confirmer ce fait, quoique le cadre des indications de l'hystérectomie fundique dans le traitement des salpingites bilatérales ait été un peu élargi (annexites suppurées unilatérales).

Les phénomènes infectieux péritonéaux disparaissent complètement; par contre, dans certains cas, si l'ovaire restant était légèrement atteint, ils peuvent évoluer sur celui-ci, ce qui nécessitera une réintervention. Mais c'est très rare.

L'hystérectomie fundique agit aussi de façon très heureuse sur les phénomènes infectieux utérins. Les pertes suppurées disparaissent ou s'atténuent considérablement. L'état du col se transforme et il n'est pas rare de voir celui-ci diminuer de volume, s'assouplir et finalement perdre ses caractères métritiques. Si cette guérison ne survient pas spontanément, le traitement médical, quelques cautérisations, amène facilement la rétrocession des signes d'inflammation cervicale.

Les douleurs pelviennes disparaissent aussi rapi-

dement ou, en tout cas, s'atténuent dans de telles proportions que les malades peuvent reprendre une vie normale : marcher, travailler, ne plus avoir de rapports sexuels douloureux. Notre observation V est particulièrement démonstrative à ce point de vue.

Les fonctions vésicales restent normales, quelquefois cependant, les anciennes opérées accusent un peu de pollakiurie, mais sans douleur à la miction. Une de nos malades se plaint de pollakiurie un peu gênante pendant la période des règles (Obs. VII).

Les troubles de ménopause anticipée sont exceptionnels et, en tout cas, lorsqu'ils existent, ils sont de peu d'importance (quelques bouffées de chaleur, légère adipose). Nous n'en n'avons pas observé.

Les règles se rétablissent assez vite après l'opération, en deux à cinq semaines en moyenne. Elles se reproduisent régulièrement, aux mêmes intervalles. Elles sont, en général, moins abondantes (Obs. I, IV, VII, VIII). Cependant, une de nos malades (Obs. V), se plaint de métrorragies légères ; parfois même, les règles sont normales (Obs. II, VI). Il persiste quelquefois de légères douleurs au moment des règles (Obs. IV, V, VII).

Les opérations itératives sont très rares, puisque Lecène n'en rapporte que deux cas et encore, dans l'un de ces cas, l'ovaire restant se trouvait atteint de tuberculose.

En somme, l'hystérectomie fundique donne des résultats très favorables, tant au point de vue de la guérison que de la fonction menstruelle. Il ne faudrait cependant pas pour cela en faire une panacée dans

le traitement des salpingites bilatérales, il ne faut pas oublier que l'idéal du traitement conservateur est de conserver à la fois la fonction de reproduction et la fonction menstruelle. Et alors que la conservation de la faculté de la conception légitime des risques qui ne sont pas toujours négligeables, il n'en est pas de même lorsqu'on a en vue seulement la conservation du cycle génital périodique. On doit alors se montrer plus sévère pour juger les résultats et ne pas s'engager à la légère dans un acte opératoire qui serait trop hasardeux. Ceci explique les discussions portant sur les indications de l'hystérectomie fundique. Elle a été fortement critiquée. D'ardents défenseurs sont venus à son secours, en tout cas, on peut dire que lorsqu'on lui a demandé seulement ce qu'elle pouvait tenir, elle n'a pas déçu les chirurgiens qui l'ont mise en pratique.

Observations

OBSERVATION I

(M. le Professeur TIXIER)

Mademoiselle B... Madeleine, 32 ans.

Entre à l'Hôtel-Dieu le 16 février 1924, sur les conseils de M. Tixier, qu'elle était allée consulter pour des douleurs pelviennes et abdominales.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Réglée à 14 ans. Depuis, ses règles ont toujours été normales, comme durée et comme abondance.

En 1913, une fausse couche de 3 mois, qui marque le début de ses douleurs. L'année suivante, elle présente des phénomènes aigus avec fièvre, douleurs abdominales et lombaires. Il est porté le diagnostic de salpingo-ovarite. Depuis ces phénomènes infectieux, la malade accuse toute une série de troubles, constitués par des douleurs pelviennes et abdominales, ne coïncidant pas avec les règles, et de la pollakiurie; la malade urine peu à la fois, mais très souvent, elle doit se lever trois à quatre fois par nuit.

Elle n'a jamais eu de pertes blanches notables. Ces derniers temps, le coït est devenu très douloureux. La malade se plaint, en outre, de troubles digestifs : douleurs gastriques après les repas, avec sensation de gonflement épigastrique, sans qu'elle n'ait jamais présenté de vomissements.

A l'entrée, la température est normale.

Le toucher vaginal permet de poser le diagnostic de salpingite bilatérale, avec : à gauche, salpingo-ovarite basse,

fixée dans le cul-de-sac latéral ; à droite, annexite plus haut située. Utérus médian, mobile, non en rétroposition.

En raison de l'âge de la malade, on devra s'efforcer d'être conservateur.

Intervention : 20 février 1924 (Professeur Tixier).

Anesthésie générale à l'éther. — Ouverture par une petite incision de Pfannenstiel.

1° On détache les annexes gauches, qui montent progressivement, en se séparant du feuillet post. du ligament large et d'une frange de l'S iliaque.

L'utérus est simplement et facilement remonté, car de simples adhérences vélamenteuses réunissent sa paroi postérieure à l'S iliaque et au péritoine post. Douglassite plastique.

2° A droite : l'annexe atteinte de salpingite, est remontée facilement.

On pourra conserver l'ovaire droit en pratiquant une hystérectomie fundique, c'est ce qu'on exécute d'une façon schématique, en conservant uniquement l'ovaire droit, qui, quoique un peu kystique, paraît sain.

Suites opératoires : Normales, la malade quitte la clinique le 4 mars.

Le 28 février 1927, cette malade écrit qu'elle est très satisfaite de son opération et elle répond à un questionnaire.

Elle a eu ses règles un mois après l'intervention, depuis, elles sont revenues régulièrement chaque mois. Elles sont simplement bien moins abondantes qu'auparavant, elles ne durent que 2 jours.

Cette opérée n'a aucune perte blanche et elle ne souffre absolument plus. Sa santé est excellente, son poids est resté stationnaire et elle ne présente aucun trouble de la ménopause anticipée. Elle signale cependant que persistent toujours des besoins d'uriner assez fréquents.

En résumé : Salpingite bilatérale, Douglassite plastique, hystérectomie fundique, avec conservation de l'ovaire droit. Péritonisation avec le péritoine vésical. Fermeture sans drainage. Bon résultat 3 ans après.

OBSERVATION II

(M. le Docteur GUILLEMINET)

Mademoiselle T... Julie, 17 ans, guimprière.

Entre à la Charité le 5 août 1925 pour des métrorragies.

Réglée à 14 ans. Ses règles ont, en général, toujours été abondantes, durant 4 à 5 jours environ, mais elles sont irrégulières dans leur apparition.

Pas d'accouchement; ni fausse couche.

La malade, a présenté, à quatre reprises, des crises nerveuses mal définies, sans perte de connaissance. Ces crises déclenchent l'apparition des règles.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital, la malade a présenté des douleurs dans la fosse iliaque droite, avec température et vomissements. Un médecin posa le diagnostic d'appendicite et prescrivit des applications locales de glace. L'apparition des règles a coïncidé avec cette pseudo-crise appendiculaire; depuis, la malade les a observées deux nouvelles fois, les dernières, qui datent du 26 juillet, étaient normales. Mais, entre ces dernières périodes menstruelles, se sont intercalées des métrorragies très abondantes, avec caillots sanguins, et qui ont duré 2 jours, affaiblissant considérablement la malade qui dut s'aliter.

Le 4 août, nouvelles métrorragies, mais moins abondantes que les précédentes.

La malade se plaint de douleurs sourdes dans la fosse iliaque gauche, qui ont été surtout marquées au moment des métrorragies.

Depuis quelques temps, existent des pertes blanches, jaunâtres, abondantes, fétides, qui se sont intensifiées depuis 2 mois.

En résumé : Malade ayant présenté il y a 2 mois une crise à type appendiculaire, qui souffre actuellement du côté opposé et présente des pertes blanches et a eu, à deux reprises, des métrorragies importantes, qui l'amènent à l'hôpital.

Toucher vaginal. — Col de nullipare très dur, dans le cul-de-sac antérieur. Utérus en rétroversion. Dans le cul-de-sac

latéral gauche, on sent une grosse masse, très douloureuse à la pression. Lésions moindres du côté droit, où le cul-de-sac latéral est comblé par l'utérus refoulé par les annexes gauches. Le doigt ramène de nombreux caillots.

Rien à signaler au cœur et aux poumons.

Intervention le 11 août 1925 (Docteur Guilleminet).

Ansthésie générale à l'éther. Incision de Pfannenstiel.

Utérus en rétroversion. Annexes adhérentes (épiploon, côlon pelvien), mais sont assez facilement libérées, ainsi que le Douglas. Trompe gauche volumineuse, distendue par un pyosalpinx, l'ovaire de ce côté est scléreux, enflammé. Trompe droite également distendue par du pus, se rompt au cours de la libération, l'ovaire droit paraît sain.

Hystérectomie fundique avec conservation de l'ovaire droit, dont on a ponctionné au bistouri deux petits kystes scéreux. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : Simples, la malade quitte le service le 29 août 1925, dans un état satisfaisant et ne souffrant plus.

Malade revue le 4 mars 1927 (Docteur Guilleminet). Elle a eu régulièrement ses règles depuis l'intervention, avec périodicité et abondance normale. Elle n'accuse actuellement aucun trouble du côté de la sphère génitale, ni douleurs, ni pertes blanches. Pas de troubles vésicaux.

A l'examen : Cicatrice de Pfannenstiel parfaite.

Toucher vaginal : On sent le moignon utérin en bonne position et on ne perçoit pas l'ovaire restant.

En résumé: Rétroversion adhérente. A gauche, pyosalpinx, ovaire scléreux et atteint d'inflammation. A droite, pyo-salpinx, l'ovaire paraît sain.

Hystérectomie fundique avec conservation de l'ovaire droit. Péritonisation avec le péritoine vésical. Fermeture sans drainage. Bon résultat un an et demi après.

OBSERVATION III

(M. le Docteur ROCHET)

Mademoiselle C... Juliette, 21 ans.

Entre à l'hôpital le 19 juillet 1923.

Son père est mort de tuberculose pulmonaire.

La malade est réglée régulièrement. Syphilis en 1920. Depuis cette même année, elle présente des pertes blanches abondantes. Elle fit, l'année suivante, un séjour de 3 mois au service des Chazeaux, où elle fut soignée pour salpingite; depuis, période calme jusqu'au mois de juin 1923. A cette époque, apparition de violentes douleurs pelviennes, avec pertes verdâtres très abondantes, la malade présente un vomissement bilieux, la température atteint 38°4.

A l'examen : Pression douloureuse dans la fosse iliaque gauche.

Au toucher vaginal : Masses annexielles bilatérales, mobile à droite, fixée à gauche et peu douloureuses.

Comme la malade en est à sa deuxième poussée de pelvi-péritonite et que, d'autre part, étant donné sa profession, elle est appelée à en avoir beaucoup d'autres, on décide une intervention, qui sera, autant que possible, conservatrice.

Intervention, le 13 août 1923.

Anesthésie générale à l'éther. Incision de Pfannenstiel, un peu juste, qui gênera durant toute l'intervention, car la malade est très musclée, et ses muscles grands droits s'écartent difficilement. Les constatations opératoires confirment le toucher. A droite, ovaire sain, mais hydro-salpinx. A gauche, trompe et ovaire sont augmentés de volume, adhérents (salpingite parenchymateuse).

Hystérectomie fundique, avec conservation de l'ovaire droit. Péritonisation à l'aide du péritoine vésical. Fermeture totale.

Suites opératoires : Normales. La malade sort guérie le 4 septembre, ne souffrant plus.

Bonnes nouvelles par lettre 6 mois après, la malade a eu ses règles.

En résumé : A droite, hydro-salpinx, ovaire sain. A gauche, ovaire et trompe augmentés de volume, et adhérents. Salpingite parenchymateuse. Hystérectomie fundique, avec conservation de l'ovaire droit. Péritonisation avec le péritoine vésical. Fermeture totale. Bon résultat 6 mois après.

OBSERVATION IV

(M. le Docteur ROCHET)

Madame P..., 25 ans, marchande foraine.

Entre le 26 mars 1924, à la clinique du Professeur Tixier, sur les conseils de M. Rochet, qu'elle a consulté pour des douleurs abdominales.

Elle est issue d'une nombreuse famille, ses parents sont encore vivants.

Elle a joui, jusqu'à ces derniers temps, d'une bonne santé habituelle. Dans ses antécédents, on ne trouve aucun stigmates de tuberculose. En juin 1923, elle aurait eu la fièvre typhoïde.

Réglée à 14 ans. Ses règles sont régulières, peu douloureuses, elles durent 2 jours. Jamais de pertes blanches. Mariée à 24 ans, c'est-à-dire, il y a un an, elle n'a eu ni grossesse, ni fausse couche.

Depuis l'âge de 17 ans, la malade dit souffrir la nuit au niveau de l'abdomen, mais, en réalité, les symptômes douloureux ne se sont réellement précisés que depuis 3 mois. Depuis ce moment, il se sont très accentués. La malade éprouve une sensation de torsion abdominale, surtout marquée à droite et prédominante à la fin de la journée, après les efforts du travail. La constipation est devenue opiniâtre, de la pollakiurie est apparue, la malade doit se lever deux à 3 fois par nuit pour uriner.

Etat général médiocre. Examen pulmonaire négatif; pas de B. K. dans les crachats.

Toucher vaginal. Utérus avec col normal un peu dur, non entr'ouvert, ce qui, joint à l'absence de modifications des seins, élimine une grossesse ectopique. Le corps utérin est en position droite, le fond n'est pas perçu. On perçoit sur le côté droit de l'utérus et en arrière, mais ne remplissant pas le Douglas, une tuméfaction du volume d'une tête de nouveau-né circonscrite, immobile, entourée d'œdème. A gauche, petite masse annexielle.

On ne peut s'arrêter au diagnostic de kyste dermoïde, car il n'y a pas de douleurs nettes au moment des règles depuis la puberté et la tumeur est trop fixée, trop antérieure, plus fluctuante que molle, et entourée de réaction inflammatoire. C'est peut-être une tuberculose annexielle; en raison de l'état général, de l'évolution torpide, de la stérilité, de l'absence de passé gonococcique net, de l'aggravation des signes au début du mariage. Le gros volume de la tuméfaction droite, l'œdème, les douleurs au-dessus de l'arcade crurale droite sont des éléments en faveur de ce diagnostic.

Intervention le 3 avril 1924 (Docteur Rochet).

Anesthésie générale à l'éther. — Incision médiane sous-ombilicale. Pelvi-péritonite généralisée. La partie superficielle du petit bassin est remplie par de petits kystes séreux, confluent. Lorsqu'on les a rompus, on trouve un pyo-salpinx droit du volume d'une grosse orange, coiffant l'utérus comme un bras sur la tête et plaqué également contre la paroi pelvienne. A gauche, lésions salpingiennes minimes, l'ovaire est sain.

La présence de telles lésions et l'âge de la malade décident à une intervention conservatrice.

Hystérectomie fundique en allant de gauche à droite, avec conservation de l'ovaire gauche. Comme l'opération a été pénible, que le pyo-salpinx s'est rompu, et qu'il y a de petites hémorragies en nappe, on hésite entre un drainage vaginal avec péritonisation haute, ou mise en place d'un Mickuliz. Comme, contrairement à ce que l'on pensait cliniquement, on n'a pas l'impression d'avoir à faire à des lésions tuberculeuses, on se décide en faveur de ce mode de drainage.

Suites opératoires : La malade est restée un mois au lit, avec pansements quotidiens. Le trajet s'oblitére peu à peu. Le

12 mai, la malade quitte l'Hôtel-Dieu, il persiste un trajet de un centimètre environ.

Malade devue le 7 février 1927 : L'état général est bon. La malade qui avait repris son poids antérieur après l'intervention, a légèrement maigri ces derniers temps. Pas de bouffées de chaleur, ni vertiges. Douleurs légères, assez diffuses dans le ventre. Au moment des rapports sexuels, il existe une sensation douloureuse légère. La malade souffre trois jours environ avant ses règles, celles-ci durent trois jours (avant l'opération, quatre jours), leur abondance n'a pas été modifiée par l'intervention. Beaucoup de pertes blanches. Les troubles vésicaux consistant en une sensation de tension, qui existaient immédiatement après l'opération, ont depuis longtemps complètement disparu. Eventration au niveau de l'ancien Mickulicz.

Toucher vaginal : Utérus mobile, en bonne position. Culs de sac souples. On sent, ainsi qu'on l'avait déjà noté en août 1926, une masse légèrement douloureuse à la pression qui semble être l'ovaire. Rien à droite.

En somme, grosse amélioration sur l'état général antérieur.

En résumé : Pelvi-péritonite intense. A droite, gros pyo-salpinx, ovaire très malade. A gauche, lésions salpingiennes minimes, ovaire sain.

Hystérectomie fundique avec conservation de l'ovaire gauche. Péritonisation avec le péritoine vésical. Mickulicz.

Assez bon résultat 2 ans et 10 mois après.

OBSERVATION V

(M. le Docteur ROCHET)

Mademoiselle L., Clémentine, 30 ans.

Entre à l'hôpital de l'Antiquaille le 22 juillet 1924 pour des douleurs siégeant à droite dans la fosse iliaque et la région inguinale et pour des métrorragies.

Sa mère est encore vivante, mais son père est mort de laryngite tuberculeuse.

Ses antécédents personnels sont très chargés. Outre des maladies éruptives, elle a présenté dans son enfance une broncho-pneumonie et de nombreuses adénites cervicales. En 1919, elle a contracté la syphilis (chancre jugal droit), elle a été régulièrement traitée depuis. En 1920, phlegmon latéropharyngien. Otite en 1922.

Elle fut réglée à 17 ans et demi. Ses règles ne furent régulières qu'à partir de l'âge de 24 ans; auparavant leur rythme était très imparfait. En dehors de tout état pathologique elles furent de faible abondance.

Pertes blanches en permanence. Grossesse en 1921. L'enfant pèse à la naissance 3 kilos 300, le poids du placenta est normal.

Un mois et demi après son accouchement, la malade présente une hémorragie utérine abondante qui cesse spontanément, mais qui marque une modification des règles; depuis ce moment, celles-ci sont devenues tellement abondantes que chaque fois la malade, très affaiblie doit garder le lit.

Cinq mois avant son entrée à l'Antiquaille, la malade présente des douleurs violentes dans la région inguino-iliaque droite qui nécessitent son admission à l'hôpital de la Charité, où est porté le diagnostic de salpingite droite. Avec des applications de glace; les phénomènes douloureux cèdent au bout de 8 jours.

L'épisode qui amène actuellement la malade à l'hôpital a débuté le 1^{er} juillet par des pertes rouges assez abondantes, tandis que la malade n'attendait ses règles normales que 8 jours plus tard. Ces métrorragies persistent toujours, quand le 15 juillet apparaissent de nouveau des douleurs abdomino-pelviennes s'irradiant dans la région lombaire et à toute la cuisse. Ces douleurs sont continues, avec des exacerbations paroxystiques. La malade souffre au moment des mictions qui sont très nombreuses. Elle présente en outre une constipation opiniâtre, mais aucun vomissement.

La malade entre dans le service alors que tous ces phénomènes sont à leur déclin. Elle est apyrétique, les métrorragies se tarissent bientôt. L'abdomen est souple.

Toucher vaginal : Col utérin souple. Volumineuse masse salpingienne droite refoulant l'utérus sur la gauche, s'abaissant dans le Douglas et douloureuse à la pression.

On sent les annexes gauches plus ou moins sclérosées et adhérentes à l'utérus.

Intervention le 31 juillet 1924 (Docteur ROCHET).

Anesthésie générale à l'éther. — Incision de Pfannenstiël. Grosses lésions de pelvi-péritonite. A droite : salpingite parenchymateuse, gros kyste hématique de l'ovaire très enflammé et adhérent aux parois du pelvis. A gauche : trompe fermée à contenu purulent, l'ovaire paraît sain.

Malgré la grosse réaction pelvi-péritonéale, on décide de faire une hystérectomie fundique, avec conservation de l'ovaire gauche par le procédé Beuttner-Lecène. L'ablation de l'annexe droite est très pénible. On est obligé de raser de très près le rectum et à cause de l'hémorragie qui existe à droite du pelvis on fait une colpotomie par laquelle on passe la mèche du tamponnement. Péritonisation haute à point séparés, avec l'S iliaque. Fermeture totale des plans abdominaux.

Suites opératoires : Troublées par l'apparition d'une angine le dixième jour, avec vomissements, température qui monte à 39° pour tomber à 38° le lendemain.

La malade sort le 8 septembre 1924 éprouvant des douleurs lombaires. Ses règles sont réapparues.

Malade revue le 4 février 1927 : L'état général est bon, bien que la malade accuse un certain amaigrissement depuis l'opération. Pas de boufftes de chaleur. Il existe assez souvent des douleurs dans la région lombaire, mais bien moins intenses qu'après l'intervention. Les rapports sexuels (4 à 5 par jour) sont indolores quand ils ne sont pas trop violents.

Les règles sont d'un rythme parfait, tandis qu'elles duraient 2 à 3 jours avant l'opération, elles ont à présent une durée moyenne de 8 jours précédées de douleurs lombaires 36 heures auparavant.

Les pertes blanches ont beaucoup diminuées depuis l'intervention.

A l'examen : Bonne cicatrice, pas d'éventration. Au palper de la région abdominale, rien de spécial.

Au toucher vaginal : Col petit, souple. Cul de sac souple. La mobilisation du col n'est pas douloureuse. A gauche, on ne perçoit pas d'annexe. A droite, on sent une résistance diffuse sans qu'on puisse préciser sa nature. Le reste du pelvis est libre, il n'y a pas de sensibilité particulière du cul-de-sac de Douglas.

En résumé : Grosses lésions de pelvi-péritonite. A droite, salpingite parenchymateuse, gros kyste hémattique de l'ovaire, très adhérent. A gauche, petit pyosalpinx, ovaire sain.

Hystérectomie fundique avec conservation de l'ovaire gauche. Péritonisation haute, avec l'S iliaque. Colpotomie de drainage. Bon résultat 2 ans et 8 mois après.

OBSERVATION VI

(M. le Docteur ROCHET)

Mademoiselle T... Renée, 33 ans.

La malade se fait hospitaliser à l'Hôtel-Dieu dans la clinique de M. le Professeur Tixier, le 7 juin 1924, pour des douleurs abdominales et pelviennes.

Dans ses antécédents on ne relève aucune adénopathie dans l'enfance, ni pleurésie. Mais la malade tousse chaque hiver.

Réglée à 10 ans. Ses règles sont régulières, mais peu abondantes avec, dans leurs intervalles, des pertes blanches. Elle accouche normalement à 20 ans d'un enfant bien constitué et c'est à partir de ce moment qu'elle commence à souffrir, en particulier à l'époque de ses règles. Pour cette raison elle avait déjà consulté M. Tixier en 1914, qui ne jugea pas l'intervention opportune. Mais depuis lors les douleurs ont persisté et actuellement elle éprouve une sensation de pesanteurs pelviennes et périnéales.

A l'examen : Femme grosse, au visage coloré, avec varicosités au niveau des pommettes, varices aux membres inférieurs. Sur la paroi abdominale, vergetures; pannicule adipeux très épais ne permettant aucune perception tactile nette. On note seulement l'existence d'une région douloureuse au-dessus de l'arcade crurale gauche.

Toucher vaginal (Professeur (Tixier) : Utérus en rétroversion à fond volumineux, présentant une saillie ressemblant à un fibrome, annexite gauche, volumineuse, probablement causée par un fibrome au début.

Etant donné le jeune âge de la malade, elle est renvoyée chez elle avec un traitement médical. Elle quitte le service le 23 juin; ses symptômes douloureux se sont un peu amendés par le repos au lit. Mais elle revient le 24 septembre 1924, parce qu'elle continue à souffrir, les douleurs pelviennes prédominent à gauche, s'irradiant dans les lombes et la cuisse de ce même côté. La malade se plaint de pollakiurie très marquée et de constipation opiniâtre.

Toucher vaginal (M. Rochet) : L'utérus en rétroflexion. Annexite droite assez haut située. A gauche, les annexes ne sont pas perçues, mais il semble qu'elles fassent bloc avec l'utérus, qu'elles auraient suivi dans sa position vicieuse.

Intervention le 3 octobre 1924 (Docteur Rochet).

Anesthésie générale à l'éther. — Après échec de la rachianesthésie. Incision de Pfannenstiel.

On tombe sur deux tumeurs annexielles kystiques (kyste tubo-ovarien). L'utérus est fixé en rétroflexion par de nombreuses adhérences qui rendent pénible l'isolement des trompes.

Hystérectomie fundique en laissant de nombreux fragments ovariens, adhérents aux feuillets postérieurs du ligament large.

Suites opératoires : Pendant une quinzaine de jours, la malade se plaint de douleurs à la jambe gauche au niveau de varices anciennes et enflammées, mais sans qu'il s'agisse de phlébite. Le 25 octobre, on pratique un toucher vaginal : les culs-de-sac sont libres, le moignon utérin paraît en bonne position, le fond n'est pas senti, mais le col a une bonne orientation.

La malade sort de la clinique le 2 novembre ayant eu quelques jours auparavant une légère perte sanguine qui a duré deux jours.

La malade est revue en février 1927; elle a maigri de 17 kilos, mais son état général est néanmoins bon. Elle ne se plaint que d'un peu d'asthénie, pas de douleurs abdominales. Rapports sexuels indolores. Pas de troubles urinaires. Les règles sont régulières durent 4 à 5 jours sans douleurs, comme avant l'opération. Pertes blanches assez abondantes.

A l'examen de l'abdomen, pas d'ascite.

Au toucher vaginal : L'utérus en bonne position, mobile, sans douleurs. Les culs-de-sac sont souples, mais on sent à droite une masse kystique du volume d'un poing d'adulte, non douloureuse à la pression.

En résumé : Kystes tubo-ovariens, à contenu séro-hématique, bilatéraux.

Hystérectomie fundique en gardant quelques débris d'ovaires. Péritonisation avec le péritoine vésical. Fermeture sans drainage. Assez bon résultats 2 ans et 4 mois après.

OBSERVATION VII

(M. le Docteur ROCHET)

Madame V..., 29 ans, cultivatrice.

Entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Tixier, le 6 mars 1925. Pas d'antécédents tuberculeux héréditaires ou colatéraux.

Réglée à 15 ans; ses règles furent toujours douloureuses, très abondantes au début de sa vie génitale où elles se prolongeaient 8 à 10 jours; leur quantité et leur durée ont notablement diminuées depuis quelque temps, elles ne durent plus que 3 à 4 jours. Pas de leucorrhée.

Tous les troubles semblent remonter à 1922. Six mois après son mariage, elle éprouve d'abord des douleurs pelviennes auxquelles s'ajoutent des douleurs à type vésiculaire, sans ictère. Elle est envoyée à Vichy, où la cure est sans résultat ainsi que le régime auquel elle s'est soumise pendant un an. Les douleurs persistent à prédominance iliaque droite, sans qu'il n'y ait aucune modification des règles. Mais bientôt (en août 1925) recrudescence des phénomènes douloureux qui deviennent bilatéraux et se localisent en des points correspondants aux annexes, s'irradiant dans les lombes, les cuisses, réveillés par le moindre accident de la marche, parfois aussi spontanés et la malade se fait opérer à Clermont-Ferrand.

A cette première intervention, il aurait été trouvé un peu d'ascite, un utérus en rétroflexion qui fut reposé après lavage de la cavité abdominale à l'éther.

Ultérieurement la malade se repose, fait de l'héliothérapie, mais les douleurs persistent toujours avec leurs mêmes caractères.

Elle va alors consulter le Docteur Rochet qui, après plusieurs séances d'héliothermo-thérapie de la paroi abdominale sans soulagement, la fait entrer à l'Hôtel-Dieu. Les mêmes phénomènes douloureux persistent toujours, mais en plus, depuis quelque temps, sont apparues de la cystalgie et de la constipation.

Toucher vaginal : On trouve l'utérus en rétroversion, il est de volume moyen, la rétroversion est complètement fixée. Le col normal. On perçoit à gauche une petite masse immobile, grosse comme une mandarine, très douloureuse à la pression.

Intervention le 10 mars 1925 (Docteur Rochet).

Anesthésie générale à l'éther. — On repasse par l'ancienne cicatrice médiane sous-ombilicale. Adhérences épiploïques lâches recouvrant le pelvis.

Utérus en rétroversion complète, fixé par une douglassite intense. Position des annexes inverse de celle rencontrée habituellement. Annexe gauche en position très haute, plaquée contre la partie postérieure de la fosse iliaque gau-

che; l'ovaire est sain, la trompe est atteinte de salpingite nodulaire. Annexe droite en position basse, plaquée dans le Douglas (c'est elle que l'on sentait par le toucher); ovaire kystique, trompe très malade; pyo-salpinx du volume d'une petite mandarine, à contenu caséeux, mal lié.

Comme la femme est jeune et qu'elle a encore un ovaire sain, on décide de faire une hystérectomie fundique avec conservation de l'ovaire gauche. La muqueuse utérine est très tomenteuse, d'aspect presque fongueux.

Fermeture totale. Drainage sous-cutané.

Examen histologique de la trompe (Docteur Polosson). Il s'agit de lésions inflammatoires chroniques, banales. Pas de signe de spécificité.

Inoculation au cobaye : Tuberculose généralisée.

Suites opératoires : La malade a ses règles le surlendemain de l'opération. Elles étaient prévues et attendues et elles ont duré leur temps normal. La cicatrisation s'est poursuivie normalement. La malade sort le 14^e jour, elle était apyrétique depuis le 10^e jour.

La malade est revue fin février 1927. Très bon état général, elle souffre toujours par intermittence, mais n'a plus de douleurs au moment des rapports. Dans les périodes douloureuses, elle se plaint de pollakiurie. Règles quelquefois douloureuses. Pas de pertes blanches.

Toucher vaginal : Utérus en bonne position. Culs-de-sac libres et indolores. L'ovaire restant n'est pas perçu.

En résumé : *Rétroversion fixée, Douglassite intense. A gauche, salpingite nodulaire, ovaire sain. A droite, pyo-salpinx, à contenu caséeux, ovaire kystique. Inoculation au cobaye, positive. Péritonisation avec le péritoine vésical. Fermeture totale. Bon résultat 2 ans après.*

OBSERVATION VIII

(M. le Docteur ROCHET)

Mademoiselle P.. Justine, 30 ans, couturière.

Est envoyée par le Docteur Roubier à l'hôpital de la Charité, où elle entre le 15 novembre 1926.

Réglée à 14 ans. Pas de grossesse, ni de fausse couche.

Depuis deux mois la malade présentait d'abondantes pertes blanches très fétides et tachant le linge. Mais elle n'a pas souffert jusqu'au 6 novembre, date à laquelle elle a ressenti de violentes douleurs dans toute la région pelvienne. Quelques jours avant son admission à l'hôpital, la douleur s'est localisée à deux travers de doigt au-dessus du pubis sur la ligne médiane et légèrement à gauche.

En outre, la malade se plaint de mauvaises digestions, avec sensation de brûlure au niveau de l'épigastre.

Les mictions sont douloureuses ainsi que la défécation.

Toucher vaginal : L'utérus est gros, remontant à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Les culs-de-sac sont comblés; le cul-de-sac postérieur est douloureux à la pression. En somme, utérus fibromateux avec salpingite bilatérale.

Intervention le 7 décembre 1926 (Docteur Rochet).

Anesthésie générale à l'éther. — Incision de Pfannenstiel. On tombe sur un utérus bourré de petits fibromes et une salpingite bilatérale. Il existe notamment au niveau des deux cornes utérines des noyaux fibromateux, qui sont peut-être à l'origine de la salpingite. Salpingite parenchymateuse à droite, et salpingite suspurée à gauche. L'ovaire droit est presque sain avec seulement deux petits kystes hématiques. L'ovaire gauche est nettement malade, il présente une supuration avec kyste tubo-ovarien.

Malgré que ce soit un cas tout à fait limité, on décide l'hystérectomie fundique avec conservation de l'ovaire droit. On énucléé les noyaux fibromateux. Fermeture totale. Drainage sous-cutané.

Examen histologique de fragments de trompe (Docteur Martin).

Salpingite aiguë. Cette inflammation est très diffuse, elle siège dans la muqueuse et les franges de la trompe, qui sont très vascularisées et infiltrées de plasmocytes et de polynucléaires. L'inflammation se continue également (à type plasmocytaire et polynucléaire) entre les couches musculaires, et à la périphérie il y a de gros amas inflammatoires plaqués contre la séreuse, avec une énorme vaso-dilatation. Nulle part on ne trouve de lésions spécifiques. Il s'agit donc d'une inflammation banale.

Suites opératoires : La température après l'intervention est restée pendant 10 jours au-dessus de 38°, avec maximum le cinquième jour; puis elle a baissé soudainement après injection intraveineuse quotidienne de 2 gr. 50 d'urotropine. Depuis la température s'est abaissée progressivement et insensiblement vers la normale. Au toucher, l'utérus est bloqué par une paramérite bilatérale à type de phlegmon du ligament large (infection d'origine veineuse probable).

Ablation du drain le quatrième jour et des agraffes le dixième. Réunion perprimum. La ligne d'incision abdominale s'est cicatrisée rapidement d'une façon parfaite.

Les douleurs pelviennes ont à peu près complètement disparu. Il persiste cependant un certain endolorissement de tout le bassin. Les troubles stomacaux ont à peu près disparu. Il existe une diarrhée rebelle à tous les médicaments. Mictions douloureuses.

Sortie de l'hôpital le 7 janvier 1927.

La malade est revue le 7 mars 1927. L'état général s'est bien amélioré depuis que la malade a quitté l'hôpital, elle accuse une légère reprise de poids. Pas de bouffées de chaleur, nivistiges.

Elle a eu ses règles le 10 janvier dernier qui ont duré un jour et demi, elle a peu perdu. Toute douleur a disparu, à peine a-t-elle ressenti quelques tiraillements lombaires au moment de sa période menstruelle. Elle présente quelques légères pertes blanches. Aucun trouble vésical. Les rapports sexuels ont été repris, ils ne sont nullement douloureux et les sensations génésiques sont intactes.

Toucher vaginal : Le corps utérin est senti derrière le pubis, en bonne position, le col est normal. Les culs-de-sac

sont souples, très dépressibles, l'ovaire restant n'est pas perçu.

En résumé : Noyaux fibromateux du fond utérin, notamment au niveau des deux cornes. A droite, salpingite parenchymateuse, ovaire sain avec petit kyste hématique. A gauche, pyo-salpinx (kyste tubo-ovarien suppuré).

Hystérectomie fundique avec conservation de l'ovaire droit. Péritonisation avec le péritoine vésical. Fermeture totale. Bon résultat 3 mois après.

OBSERVATION IX

(M. le Docteur ROCHET)

Mademoiselle B... Clotilde, 25 ans, femme de chambre.

Entre à la Charité le 27 décembre 1926, pour des douleurs pelviennes qu'elle présente depuis 3 ans, s'exacerbant légèrement par la fatigue, mais qui depuis une huitaine de jours sont devenues intolérables, continues.

La malade a été réglée à 14 ans. Quelques leucorrhées. A eu un accouchement normal, pas de fausse couche.

Il y a trois ans, elle fut traitée médicalement pour annexite double. Depuis une semaine, la malade est fébrile.

A l'entrée, la température est à 38°9, pas de constipation, ni douleurs à la miction.

Toucher vaginal : Utérus en bonne position. Tuméfaction qui comble le cul-de-sac, douloureuse à la pression. A droite, on ne sent rien d'anormal.

On pose le diagnostic de pro-salpinx gauche.

Intervention le 25 janvier 1927 (Docteur Rochet).

Anesthésie générale à l'éther. — Incision de Pfannenstiël. Grosses lésions de pelvi-péritonite. A gauche, pyo-salpinx du volume d'une orange. A droite, lésions de salpingite parenchymateuse, ovaire kystique mais en partie conservable.

Quoique les lésions soient limites, on décide de pratiquer une hystérectomie fundique avec conservation partielle de l'ovaire droit (résection en tranches de melon de la portion kystique de celui-ci); la circulation de l'ovaire est bien conservée, on voit battre une arcade tubo-ovarienne. Pour le reste, hystérectomie fundique ordinaire de droite à gauche.

Pas de péritonisation à l'aide de la vessie (péritoine cartonné). On termine en appliquant un Mickulicz.

Suites opératoires : La température reste aux environs de 38° pendant une quinzaine de jours, avec clocher à 39° les troisième, onzième et quinzième jours. Le quatrième jour, ablation du Mickulicz, la plaie s'oblitére peu à peu et le 10 mars il ne reste plus qu'un trajet minime.

La malade a eu un léger écoulement sanguin le lendemain de l'intervention, elle était d'ailleurs au moment de celle-ci à la fin d'une période menstruelle. Un mois après, elle n'a encore rien eu, elle éprouve seulement quelques tiraillements lombaires. Premières règles le 17 mars 1927, abondance normale, indolores. Au toucher, col normal, utérus en bonne position, culs-de-sac vaginaux libres. Pas de douleurs.

En résumé: Grosses lésions pelvi-péritonite. A gauche, gros pyo-salpinx, ovaire malade. A droite, salpingite parenchymateuse, ovaire kystique, mais en partie conservable.

Hystérectomie fundique avec conservation partielle de l'ovaire droit. Pas de péritonisation. Mickulicz. Guérison opératoire.

Conclusions

I. — A l'heure actuelle, il paraît bien démontré que seule la conservation d'un *ovaire* ou d'un fragment d'ovaire et d'une certaine quantité du corps utérin avec sa *muqueuse*, ménage chez la femme la menstruation et prévient ou atténue les troubles de la ménopause anticipée post-opératoire.

II. — L'hystérectomie fundique, faite suivant les techniques de Beuttner et de Lecène, remplit ces conditions.

III. — Dans le traitement des formes, même sévères, de salpingo-ovarites (grosses lésions parenchymateuses, avec pelvi-péritonite), cette opération permet d'enlever les organes malades et présente, en outre, l'avantage de supprimer l'ostium uterinum des trompes et la région de la muqueuse utérine, où les lésions infectieuses sont en général maxima.

IV. — Lorsqu'il existe des lésions franchement suppurées, l'hystérectomie fundique n'est de mise qu'à la condition que les lésions suppurées (pyo-sal-

pinx ou abcès de l'ovaire), soient unilatérales et que l'ovaire opposé n'ait jamais été le siège de lésions inflammatoires très marquées.

V. — Les risques de cette intervention ne semblent pas être plus considérables que ceux des autres opérations conservatrices portant sur les annexites.

Vu : **LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,**
LE DOYEN, **TIXIER.**
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 5 Mars 1927

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- ALBAN et DORAN. — L'hystérectomie subtotale pour fibrome et la théorie d'Abel Zweifel. *Lancet*, novembre 1906.
- AUBERT. — L'excision transversale cunéiforme du fond utérin. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, juin 1914.
- BÉGOUIN. — Pyo-salpinx bilatéral et hystérectomie fundique. *Bulletin de la Société d'obstétrique et de Gynécologie*, avril 1924.
- BEUTTNER. — *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1908, n° 32.
- Une nouvelle méthode d'extirpation des annexes de l'utérus atteintes d'affections suppurées et bilatérales. *Travaux du Congrès de St-Petersbourg*, 1911.
- Zur Technik der Exstirpation entzündlich erkrankter Adnexe an Hand von 100 einschlägigen operationen. *Correspondblatt für Schweizer Ärzte*, 1913, n° 1.
- Die transversale fundale Keilexision des utérus, als Vorakt zur Exstirpation doppelseitig erkrankter Adnexe. *Archiv. für Gynäkologie*, 1922, T. CXC.
- L'excision transversale cunéiforme de l'utérus dans les affections inflammatoires et bilatérales. *La Gynécologie*, février 1923.
- BLAIR BELL. — A new operation procedure for the treatment of suppurative salpingitis in young women. *Surgery Gynecologie and obstetrics*, mai 1914.
- The Bell-Beuttner operation with ovarian conservation of Grafting. *Surgery Gynecologie and obstetrics*, janvier 1926.

- BOUIN. — Les notions nouvelles sur l'histo-physiologie de l'ovaire en dehors de l'état de gestation. *Presse Médicale*, juin 1925.
- COHN. — Keil resection des corpus uteri. *Archiv. für Gynäkologie*, 1907, T. 84.
- CONVERT. — *Thèse de Lyon*, 1914.
- COTTE. — Sur les rapports du corps jaune et de la menstruation. *Gynécologie et obstétrique*, 1923.
- DESPEIGNES. — Menstruation et tuberculose. *Thèse de Lyon*, 1925.
- DEVOUASSOUX. — De la conservation de l'ovaire et de l'utérus après salpingectomie double. *Thèse de Paris*, 1903-1904.
- DÜHRSEN. — Keil resection des corpus uteri wegen chronische metritis. *Archiv für Gynäkologie*, 1908, T. 85.
- ERNEST (d'). — L'excision transversale cunéiforme du fond de l'utérus par le procédé de Beuttner. *Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale*. 1914, T. XXII.
- L'excision transverso-cunéiforme du fond de l'utérus par le procédé de Beuttner. *Annales de Gynécologie et d'obstétrique*, 1919.
- FAURE et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie*.
- FERRY. — Conséquences physiologiques de l'ablation des ovaires chez la femme. *Thèse de Lyon*, 1908.
- GAUDART D'ALLAINES. — L'hystérectomie fundique. *Thèse de Paris*, 1922.
- HARTMANN (H.). — L'hystérectomie fundique. *Gynécologie et obstétrique*, 1922, T. VI.
- KELLY. — Amputation of the uterus. *American Journal of Obstetric and diseases of women and children*. avril 1909.
- KOVATCHEWITCH. — Résultats éloignés de la fundique. *Thèse de Paris*, 1924.
- KÜSS. — Vaccinothérapie dans les annexites. *Thèse de Paris*, 1921-1922.
- LABRY. — Des opérations conservatrices dans les annexites bilatérales. *Thèse de Lyon*, 1926.
- LECÈNE. — *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, séance du 10 mars 1926.

- LECÈNE et GAUDARD D'ALLAINES. — Indications et technique de l'hystérectomie fundique avec conservation d'un ovaire. *T. de Chirurgie*, 1922.
- Résultats éloignés de l'hystérectomie fundique. *J. de Chirurgie*, 1924.
- LEMARIÉ. — Contribution à l'étude de l'hystérectomie fundique. *Thèse de Paris*, 1926.
- MOCQUOT et ROUVILLE. — *Rapport du Congrès de Chirurgie*, 1926.
- PFANNENSTIEL. — Contribution à la thérapeutique de l'indométrite chronique. *XV Congrès international de Médecine, Lisbonne*, 1906.
- POLICARD. — *Précis d'histologie physiologique*.
- PY. — Avantages du traitement conservateur dans les salpingites. *Thèse de Montpellier*, 1909.
- ROUFFART et CHEVAL. — L'ovaire laissé *in situ* après hystérectomie. *Soc. Belge de Gynécologie et obstétrique*, 1921.
- TIXIER (L.) et ROCHET (Ph.). — Les salpingites des femmes âgées. *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, août 1925.
- TUFFIER. — *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 1910. *J. de Chirurgie*, 1912, T. VII
- TUFFIER et MAUTÉ. — Accidents de la ménopause artificielle. Essai de pathogénie. *Presse Médicale*, 23 nov. 1912.
- VADELLA. — Les salpingites des femmes âgées. *Thèse de Lyon*, 1925.
- VILLARD. — *Congrès Français de Chirurgie*, 1926.
- WALTHER. — Résultats éloignés dans les opérations conservatrices pour annexites. *J. de Médecine et de Chirurgie pratique*, juin 1922.
- WERTH. — Conservation de l'ovaire. *Congrès des naturalistes et médecins allemands*, septembre 1901, et *Revue de Gynécologie et chirurgie abdominale*, 1902.
- ZALESKI. — Résultats éloignés après 10 ans de oophorectomies et des hystérectomies. *Thèse de Paris*, 1914.
- ZWEIFEL. — Referate über die Behandlung der myomen. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1899.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Physiologie	11
Technique	21
Indications	33
Résultats.....	39
Observations.....	45
Conclusions.....	65
Bibliographie	67
